FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — N° 318

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 Juillet 1900, à 1 heure

Par PAUL HÉMET

Né à Mairy-sur-Marne (Marne), le 6 décembre 1873.

Ancien externe des hôpiiaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES

Kystes Poplités

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. DELENS, professeur.

SCHWARTZ et LEGUEU, agrégés.

candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

Racine
A.T.B.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

518

Année 1900 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 Juillet 1900, à 1 heure

Par Paul HÉMET

Né à Mairy-sur-Marne (Marne), le 6 décembre 1873.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES

Kystes Poplités

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. DELENS, professeur.

SCHWARTZ et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Therapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY LEDENTU TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBARRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HEIM.	TEISSIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	THIERY.
BROCA Auguste.	LANGLOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LAUNOIS.	THOINOT.
CHARRIN.	LEGUEU.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEJARS.	VARNIER.
DELBET.	LEPAGE.	WALLICH.
DESGREZ.	MARFAN.	WALTHER.
DUPRÉ.	MAUCLAIRE.	WIDAL.
FAURE.	MENETRIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE.

A MES CHERS PARENTS.

A MA SŒUR.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien à la Charité

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Deux cas de kystes poplités observés ces temps derniers à l'hôpital Saint-Antoine et opérés par M. Arrou nous ont donné l'idée de consacrer à cette étude notre thèse inaugurale. Le sujet peut ne pas paraître nouveau ; cependant à notre avis, et c'est justement le côté original de notre travail, il y a deux chapitres qui ont été trop négligés peut-être : l'étiologie et le traitement des kystes du creux poplité, sur lesquels nous nous étendrons.

Après un aperçu historique et l'étude de l'anatomie de la région poplitée, nous aborderons l'étude clinique des kystes poplités en passant successivement en revue l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique la symptomatologie, le diagnostic, la marche et enfin le traitement.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier tous ceux qui nous ont favorisé de leur enseignement et de leur expérience cliniques au cours de nos études médicales.

Et d'abord nous remercions nos premiers maîtres de l'Ecole de Médecine navale de Brest et en particulier MM. Bouquet et Piton qui guidèrent nos premiers pas dans la pratique de la chirurgie.

A nos maîtres de l'Ecole de Médecine et de l'Hôtel-Dieu de Reims, à MM. Henrot, Harman, Langlet, Colleville, Hache, Pozzi, Hoël, Guelliot, nous témoignons toute notre gratitude pour leur constante sollicitude envers nous.

La mémoire de notre regretté maître, M. le professeur Decès nous est chère, nous tenons à lui rendre ici un respectueux hommage.

Notre reconnaissance est acquise à M. le docteur Verdet de Damery pour sa bienveillante sympathie et l'intérêt qu'il n'a cessé de nous porter dans le cours de nos études.

Nous garderons le meilleur souvenir de tous nos maîtres dans les hôpitaux de Paris et en particulier de M. le docteur Bouilly qui sut par sa bienveillance et ses excellentes leçons nous initier à l'etude de la gynécologie.

Nous adressons aussi tous nos remerciements à M. le docteur Arrou pour sa gracieuse obligeance à notre égard en nous fournissant le sujet de ce travail.

Que M. le professeur Tillaux reçoive l'expression de notre profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les kystes poplités ne sont pas une des découvertes les plus récentes de la chirurgie, mais ce n'est que dans la seconde moitié du XIXe siècle qu'on est arrivé à en connaître la nature véritable.

Jusqu'en 1850 en effet, avec Cloquet et Velpeau, on avait admis que les kystes poplités étaient dus à une hernie de la synoviale ; — avec Gosselin, à la dilatation des follicules synovipares ; quelques-uns en faisaient une production cellulo-graisseuse.

D'autres auteurs, parmi lesquels Nélaton (1),

(1) Nélaton. — *Leçon clinique sur les tumeurs de la région poplitée*. Paris, 1851.

Longy (1), Malgaigne (2), Burguet (3), Ollivier (4), Baudouin (5) semblèrent entrevoir la véritable nature de ces kystes, mais ce n'est à proprement parler qu'en 1856 que Foucher (6), dans son mémoire sur les kystes de la région poplitée, vint faire en partie la lumière sur cette question « en localisant beaucoup de kystes dans les bourses séreuses qu'il vient de décrire il y a trois ans à peine. » (7). Foucher décrivait quatre variétés de kystes poplités :

1° L'hydropisie des synoviales tendineuses ou ganglions poplités ;

2° La dilatation des follicules synovipares ou kystes folliculaires ;

3° La hernie de la synoviale articulaire ou kyste synovial proprement dit ;

(1) Longy. — *Essai sur le diagnostic des tumeurs du creux poplité*, Thèse Paris, 1852.

(2) Malgaigne. — *Observation de kystes séreux du jarret* (Revue médico-chirurgicale. Paris, 1853, tome XIV).

(3) Burguet. — *Du diagnostic différentiel des tumeurs du creux poplité*. Thèse de Paris, 1854.

(4) Ollivier. — *Du diagnostic différentiel des tumeurs du creux poplité*. Thèse de Paris, 1855.

(5) Baudouin. — *Des kystes synoviaux tendineux de la région poplitée*. Thèse de Paris, 1855.

(6) Foucher. — *Mémoire sur les kystes de la région poplitée* (Archives générales de médecine, 1856), t. VIII, p. 313 et 426.

(7) Garnier. — *Étude sur les kystes poplités*. Thèse Paris, 1890.

4° Kyste séreux libre qui comprenait :

a) Le kyste primitivement libre.

b) Le kyste consécutivement libre.

Cependant cette division devait bientôt être rejetée et dès 1858, Nélaton (1), dans son *Traité de Pathologie chirurgicale*, tome V, ne veut admettre que les kystes articulaires et les kystes tendineux : « Quant aux kystes « primitivement libres nous sommes loin de les nier, « mais leur existence n'a pas été anatomiquement dé- « montrée. Nous dirons la même chose des kystes « considérés comme appartenant à la dilatation des « follicules synovipares. »

La question resta stationnaire jusqu'en 1877, époque à laquelle elle fut reprise par un chirurgien anglais, Morrant-Baker (3) qui tend à démontrer que les kystes poplités reconnaissent comme origine une affection de l'articulation du genou.

Ce n'est qu'en 1886 cependant que la question devait recevoir une consécration définitive grâce à M. le professeur Poirier (3). C'est à cette époque en effet qu'il fit paraître une description des bourses séreuses du genou, puis une contribution à l'anatomie du genou. De ses recherches, tant anatomiques que cli-

(1) Nélaton. — *Pathologie chirurgicale*, 1859. t. V, p. 963.

(2) Morrant-Baker. — (St-Bartholomew's Hospital Report. 1877.)

(3) Poirier. — *Bourses séreuses du genou* (Archives générales de médecine, 1886). — *Contribution à l'anatomie du genou* (Progrès médical, 1886).

niques, M. le professeur Poirier arrivait à conclure hardiment que presque tous les kystes poplités reconnaissaient comme cause une affection articulaire. Depuis cette époque, tous les chirurgiens se sont rangés à l'avis de M. Poirier ; et M. Duplay (1), dans son *Traité elémentaire de pathologie externe*, tome VII, cite plusieurs cas de kystes de la bourse commune au jumeau et au demi-membraneux survenus dans le cours d'une hydarthrose vulgaire.

C'est l'idée émise également par Kirmisson (2) : « Des bourses tendineuses aux dépens desquelles se « forment les kystes que nous étudions peuvent com- « muniquer avec l'articulation du genou. »

M. Garnier du reste, dans son *Etude sur les kystes poplités* (3), a très bien mis au point la question en exposant le résultat des travaux de M. Poirier.

(1) Follin et Duplay. — *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. VII, p. 945.

(2) Kirmisson. — *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus. 1899, t. VIII, p. 586.

(3) Garnier. — *Loco citato.*

CHAPITRE II

ANATOMIE DU CREUX POPLITÉ

Avant d'entrer dans l'étude clinique des kystes poplités, il est utile de donner un aperçu anatomique de la région. Nous ne saurions mieux faire pour arriver à ce but que de résumer d'une façon succincte le mémoire de M. Poirier (1).

Le creux ou losange poplité se limite sur ses côtés « par une saillie condylienne continuée en haut et en bas par des muscles dont les tendons passent ou s'insèrent dans cette région », tendons qui donnent naissance à un certain nombre de bourses séreuses. Le triangle supérieur du losange est limité en dehors par le biceps, en dedans par le demi-tendineux et le demi-

(1) Poirier. — *Loco citato.*

membraneux. Les deux bords du triangle inférieur sont formés par les deux jumeaux.

Dans la profondeur, on rencontre une surface osseuse qui n'est que la face postérieure du fémur et du tibia, recouverte par le ligament postérieur de l'articulation, formé « en majeure partie d'expansions fibreuses des tendons des muscles voisins (1) » et par le muscle poplité.

A la surface, c'est-à-dire à la face postérieure du jarret : la peau, le tissu cellulo-adipeux et l'aponévrose.

Le creux poplité contient, en allant d'arrière en avant et de dehors en dedans :

a) Le nerf sciatique se divisant en nerf sciatique poplité externe qui côtoie le tendon du biceps et en sciatique poplité interne qui continue la direction du grand nerf sciatique.

b) En avant et en dedans et suivant la direction du sciatique, la veine poplitée.

c) Plus profondément que le nerf qu'elle suit parallèlement et que la veine, l'artère poplitée.

De plus, des ganglions lymphatiques noyés dans une masse de tissu graisseux.

La région du creux poplité contient enfin un certain nombre de bourses séreuses que nous allons étudier maintenant, très importantes pour la pathogénie des kystes poplités.

(1) Debierre. — *Anatomie de l'homme,* t. I.

Elles sont toutes situées sur les côtés du creux poplité. On les divise en externes et en internes.

Les **bourses séreuses externes** très petites peuvent être au nombre de trois ; mais il est très rare de les rencontrer. Dans le plus grand nombre des cas, elles n'existent pas ; c'est cette disposition anatomique qui explique la rareté des kystes poplités externes.

M. Poirier (1) les divise en :

Bourse séreuse sus-condylienne externe,
Bourse séreuse rétro-condylienne externe,
Bourse séreuse sous-condylienne externe.

1°. — *Bourse séreuse sus-condylienne externe.*

La bourse séreuse sus-condylienne externe existe rarement (2 à 3 fois p. 100). Dans les autres cas la fossette sus-condylienne est recouverte par la synoviale du genou qui forme les *procès synoviaux*, émergeant entre les deux branches du jumeau externe. C'est la bourse du ligament latéral externe.

2°. — *Bourse séreuse rétro-condylienne externe.*

Plus rare encore que la précédente puisque Poirier ne l'a rencontrée qu'une seule fois. Elle est ordinairement remplacée par du tissu cellulaire placé sous le tendon du jumeau externe.

(1) Poirier. — *Loco citato.*

3°. — *Bourse séreuse sous-condylienne externe.*

A son passage au niveau de l'articulation péronéo-tibiale supérieure, le muscle poplité ou mieux son tendon est reçu dans une gouttière osseuse formée par la tubérosité externe du tibia et la tête du péroné.

Ce tendon naît de la face profonde du muscle par trois ou quatre languettes tendineuses d'abord séparées puis formant un tendon commun. Pour la plus externe de ces languettes, la tête du péroné présente une gouttière peu profonde. Les languettes internes glissent sur le rebord de la tubérosité externe du tibia dans deux petites gouttières séparées par une crête.

Entre les gouttières tibiales et les languettes internes du tendon poplité descend le prolongement de la synoviale du genou. Entre la gouttière de la tête du péroné et la languette externe existe une bourse séreuse, la bourse séreuse propre du tendon poplité.

Ces deux organes se réunissent dans la moitié des cas. Le prolongement poplité serait pour M. Poirier une bourse séparée de très bonne heure. Elle communiquerait avec la synoviale par un grand orifice circulaire que le ménisque externe divise en deux parties.

Sappey (1) a signalé au dessous du prolongement poplité une petite bourse indépendante.

La bourse propre au tendon du poplité n'est pas à

(1) Sappey. — *Traité d'anatomie*, t. I.

proprement parler une bourse séreuse; ce serait plutôt « une gaîne séreuse vaginale ». Elle va souvent s'ouvrir dans la chambre supérieure de l'articulation. Elle existe constamment.

C'est grâce au prolongement poplité que la synoviale du genou communique avec la synoviale de l'articulation péronéo-tibiale supérieure.

« Au total (1), les bourses externes sont peu dévelo-
« loppées et rarement atteintes d'hydropisie; on trouve
« donc exceptionnellement des kystes à la partie ex-
« terne du jarret. »

Les **Bourses séreuses internes** sont beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus développées que les précédentes;

Elles sont également au nombre de trois :

La bourse séreuse sus-condylienne interne ou du jumeau interne.

La bourse séreuse rétro-condylienne interne qui se divise en :

a) Bourse séreuse supérieure ou du jumeau interne.

b) Bourse séreuse inférieure ou du jumeau interne et du demi-membraneux.

La bourse séreuse sous-condylienne ou du demi-membraneux.

(1) Tillaux. – *Traité d'anatomie topographique*, t. II, 2e édition, 1895.

1° *Bourse séreuse sus-condylienne interne ou de l'insertion du jumeau interne.*

« Située entre les insertions trifoliées du Jumeau « interne » (1), elle n'est neuf fois sur dix qu'un simple prolongement de la synoviale du genou avec laquelle elle communique. Dans un certain nombre de cas, elle présente de petits prolongements que M. Poirier (2) a désignés sous le nom de « procès synoviaux » qui font hernie et sont la cause des kystes poplités.

2° *Bourses séreuses rétro-condyliennes internes.*

Tandis qu'on les rencontre réunies chez l'adulte et le vieillard par suite de la perforation de la capsule fibreuse du condyle, on les trouve presque toujours séparées chez l'enfant.

La **bourse rétro-condylienne supérieure** ou du jumeau interne séparée neuf fois sur dix chez l'enfant de la bourse rétro-condylienne inférieure ne communique pas avec l'articulation. Chez l'adulte au contraire « elle forme (3) le cul-de-sac de la bourse commune au jumeau interne et au demi-membraneux. »

(1) Garnier. — *Loco citato.*
(2) Poirier. — *Loco citato.*
(3) Garnier. — *Loco citato.*

La **bourse rétro-condylienne inférieure** constante d'après les recherches de M. Poirier et de la plupart des autres anatomistes, est située entre le demi-membraneux et le jumeau interne. C'est la plus importante des bourses séreuses du creux poplité. De dimensions considérables puisqu'elle mesure de 4 à 5 centimètres de longueur sur 3 centimètres de largeur, elle est grosse comme un œuf de pigeon.

La communication de cette bourse séreuse avec l'articulation du genou ne serait pas constante et les auteurs diffèrent ici d'opinion. Tandis que Foucher (1) admettait que cette communication était la règle, M. Poirier ne l'admet qu'une fois sur dix chez l'adulte, une fois sur cinq chez le vieillard. Plus rare encore chez la femme, elle n'est que l'exception chez l'enfant.

La communication se ferait tantôt par plusieurs trous tantôt par un seul orifice plus ou moins grand, mais le plus souvent par une fente transversale.

3° *Bourse séreuse sous-condylienne ou du demi-membraneux.*

Communiquant rarement avec la précédente, au-dessous de laquelle elle est située; elle existe rarement.

(1) Foucher. — *Loco citato.*

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

Due à l'obligeance de M. Arrou.

Femme L..., âgée de 24 ans, domestique.

La malade vient consulter à l'hôpital Saint-Antoine parce que depuis deux mois elle a remarqué une grosseur du creux poplité droit.

Depuis cette époque, la marche et la station debout prolongée provoquent de la douleur dans la région postérieure du genou, douleur qui cède et disparaît par le repos. Pas de douleurs provoquées par la pression.

A l'examen on trouve dans la partie interne du creux poplité droit une tumeur du volume d'une mandarine, fluctuante, presque complètement réductible par la pression ; très appa-

rente au contraire dans l'extension. Pas de battements, pas d'expansion, pas de souffle. La peau est normale, elle ne présente ni œdème ni vascularisation spéciale.

L'articulation présente un léger degré d'hydarthrose, avec quelques froissements dans la synoviale articulaire.

Opération le 2 mai 1900. Après la chloroformisation, incision de 10 à 12 centimètres sur le bord interne du creux poplité. On tombe alors sur un kyste de la bourse commune au demi-membraneux et au jumeau interne, kyste très adhérent au demi-membraneux avec un kyste qui se prolonge vers la région profonde de l'articulation.

L'extirpation du kyste se fait complètement et on suture au crin de florence.

Réunion par première intention. On enlève les crins de suture le neuvième jour, et le treizième jour après son opération, c'est-à-dire le 15 mai, la malade marche avec une légère compression du genou.

OBSERVATION II (1).

Hydarthrose du genou. Kyste de la bourse poplitée.

Le nommé Lemarie Henri, âgé de 31 ans, tonnelier, entre le 3 février 1873, salle St-Barnabé, lit 6, dans le service de M. Duplay.

Il y a deux ans, hémiplégie droite avec paralysie faciale qui a duré sept à huit mois. Il ne traîne pas la jambe depuis, mais elle est peut-être un peu moins forte. La main serre encore avec vigueur.

Aujourd'hui on lui trouve le genou droit globuleux, déformé. Pas de douleur, simple gêne ; pas de chaleur, pas de rougeur.

(1) *In* thèse Garnier, 1890.

Demi-flexion de la jambe sur la cuisse. Cul-de-sac supérieur de la synoviale très distendu : fluctuation évidente. Il y a tant d'épanchement qu'il est difficile d'enfoncer la rotule. Impossible d'obtenir le choc rotulien dans l'extension.

En arrière aussi, déformation manifeste; creux poplité saillant au toucher, tension très prononcée, fluctuation évidente. Bourse du poplité surtout excessivement distendue : on dessine au palper sa forme oblongue et sa direction oblique en bas et en dedans.

Cet homme habite un logement humide et de plus travaille souvent dans les caves : il s'est aperçu de cet état de son genou droit depuis trois ou quatre jours. Pas de choc, pas de coup, pas d'écartement. Pas d'antécédents rhumatismaux.

Epanchement considérable du genou droit avec distension des bourses séreuses musculaires communiquant avec l'articulation.

Traitement : immobilisation complète dans une gouttière. Large vésicatoire.

8 février : On enlève la gouttière. On fait un bandage roulé, puis on remet dans la gouttière.

13 février : On découvre le membre. Diminution très notable de l'épanchement. Encore un peu de gonflement à la partie postérieure de l'articulation. Appareil. Immobilisation.

19 février : Encore un peu de liquide. Plus de fluctuation à la partie postérieure. A peine un peu de tension. Appareil silicaté.

10 mars : Plus de liquide. Mouvements très faciles. On enlève l'appareil.

14 mars : Un peu de liquide.

17 mars : Le liquide est assez abondant. Bandage roulé.

21 mars : Plus de liquide.

25 mars : Genouillère. Part à Vincennes.

OBSERVATION III (1).

Kyste tuberculeux de la bourse commune à type myxomateux.

Le nommé X..., âgé de vingt ans, maçon, entre le 16 janvier 1890, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Tillaux, pour une tumeur qu'il porte dans le jarret.

Pas d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, coxalgie à dix ans et péritonite à sept ans.

Il y a un an, à la suite d'une marche forcée, le malade ressentit des élancements douloureux dans le genou droit. La douleur augmentait à la suite d'une fatigue ou d'une marche un peu longue.

Il y a environ neuf mois, le malade remarqua au niveau du bord interne de la partie inférieure du creux poplité, une tumeur indolente de la grosseur d'un œuf de pigeon, tumeur qui le gênait. Cette tumeur augmenta peu à peu et aujourd'hui elle présente le volume d'un œuf de poule. Le 10 février 1890, à la suite d'une marche un peu longue, le malade ressent des douleurs vives dans son genou et vient demander son admission à l'hôpital.

Le genou droit est plus volumineux que le gauche de deux centimètres environ. Les fossettes latérales de l'articulation sont effacées.

La palpitation du genou donne la sensation d'une masse empâtée. Fluctuation obscure. Pas de choc rotulien : vers la

(1) Critzman. — *Médecine moderne*, 1890.

partie inférieure et interne du creux poplité, on aperçoit une tumeur arrondie, globuleuse, de la grosseur d'un gros œuf de poule.

La peau est normale. La tumeur est manifestement fluctuante, bien circonscrite et immobile dans les parties profondes.

Elle est indolente et irréductible.

La tumeur, vu son siège, est probablement un kyste du jumeau interne.

Opération ; le 20 février 1890, M. Tillaux incise longitudinalement la peau, le tissu cellulaire et tombe sur la grosseur. La ponction donne issue à une grande quantité de matière gélatiniforme, rouge jaunâtre, tremblotante, translucide.

Le kyste est ensuite disséqué et resséqué.

La plaie guérit par première intention : quinze jours après l'opération, le malade demanda à sortir, avec le genou assez amélioré.

L'examen histologique démontra que le contenu du kyste était myxomateux et que les parois présentaient des cellules géantes.

Le malade, d'ailleurs, rentrait à l'hôpital quatre mois après avec un genou franchement tuberculeux.

OBSERVATION IV (Inédite)

Due à l'obligeance de M. Arrou.

Joseph F..., tourneur, âgé de 29 ans. — Entre à l'hôpital Saint-Antoine le 12 février 1900, pour une tumeur du creux poplité droit, dont il s'est aperçu par hasard il y a quelques semaines et qui tend, dit-il, à augmenter de volume.

A l'examen, on trouve une tumeur développée dans la bourse

séreuse commune au demi-membraneux et au jumeau interne et présentant le volume d'une grosse prune allongée verticalement.

Dans les mouvements de flexion, la tumeur ne disparaît pas complètement et elle paraît très tendue dans les mouvements d'extension. Il n'y a ni battement, ni souffle ; il n'y a donc pas lieu de faire de diagnostic différentiel, il s'agit d'un kyste du creux poplité.

L'articulation est saine, sans craquements, sans froissements, sans trace d'hydarthrose.

Du reste, le malade n'a jamais eu de douleurs du côté de son articulation ; il n'est ni rhumatisant, ni syphilitique.

Opération le 19 février 1900.

Après la chloroformisation, on fait au niveau de la tumeur une incision de 12 à 15 centimètres. Le kyste, ouvert d'un coup de pointe de bistouri, est disséqué au doigt jusqu'à une sorte de pédicule large qui s'arrache par traction et n'est donc pas lié.

On ne fait pas de drainage : quelques crins séparés sur la peau.

Les suites furent normales. Le huitième jour, on enlève les crins : réunion par première intention. Le malade se lève le lendemain, quitte l'hôpital deux jours après, marchant sans trace de boiterie et sans pansement autre qu'une couche de vaseline et qu'un tour de bande sur la cicatrice.

OBSERVATION V (1)

Kyste sous-musculaire avec hydarthrose du genou.

Une petite fille de 9 ans, présentait une affection de l'articulation du genou, d'un diagnostic complexe et important cependant à établir d'une façon précise. Cette enfant, qui souffrait depuis quatre années dans cette articulation, pouvait néanmoins jouer, courir et avait conservé toutes les apparences de la santé. On avait fait sur le genou des applications multiples de teinture d'iode et de vésicatoires sans obtenir de résultats satisfaisants.

A l'examen fait à son entrée à l'hôpital, on constata qu'il n'y avait pas de mobilité anormale dans l'articulation : on sentait très nettement le choc de la rotule sur la surface articulaire, signe qui indique qu'elle n'en est pas séparée par des fongosités et on faisait facilement fluctuer le liquide épanché d'un côté à l'autre de la jointure. De plus, on trouvait une tuméfaction dure dans le cul-de-sac latéral interne supérieur constituant une masse qui s'étendait jusqu'à la partie postérieure de l'articulation et présentait un certain degré de fluctuation.

En présence de ces faits, on pouvait se demander s'il s'agissait d'un abcès pré-articulaire. La lenteur de la marche de cette affection, ainsi que l'absence de phénomènes généraux, pouvaient faire éliminer cette hypothèse ; en outre, on trouve toujours dans les abcès froids à leur limite un bourrelet périphérique constitué par la membrane pyogénique et les tissus indurés sur lesquels elle repose : ce bourrelet, au contraire, ne

(1) Trélat. — *Conférence clinique* (*In* Journal de médecine et de chirurgie pratique. 1887, art. 10 475).

s'observe pas dans les kystes de cette région et c'est ce qui avait lieu dans ce cas. Aussi, se fondant sur ces faits, M. Trélat était porté à considérer l'affection comme un kyste développé probablement sous le muscle jumeau ; un dernier signe venait s'ajouter aux précédents ; en plaçant le membre dans l'extension, la tumeur disparaissait et semblait s'enfoncer dans la profondeur de la région.

La ponction est venue justifier l'exactitude du diagnostic. Une première ponction n'a rien donné, probablement parce que la canule était mal placée, car une seconde a donné lieu à l'évacuation de 20 grammes environ d'un liquide rosé, fluide, ne ressemblent en rien à un liquide d'abcès. Ce liquide est venu tout d'un jet et il ne s'est rien écoulé depuis. L'exploration, faite alors plus aisément, a donné la certitude de la présence d'une notable quantité de liquide dans l'articulation du genou.

Il s'agissait donc là d'un kyste développé dans une séreuse sous-musculaire, ayant passé sous le tendon de la patte d'oie et coïncidant avec une hydarthrose dont il était peut-être la cause première, par l'irritation qu'il avait déterminée dans la région. Le diagnostic s'accordait du reste très bien avec la longue durée de la maladie et le peu de troubles fonctionnels qui l'accompagnaient.

OBSERVATION VI (1)

Kyste de la bourse commune chez un enfant.

Le nommé R.... Louis, âgé de 12 ans, est malade depuis quatre ou cinq mois.

(1) *In* thèse Garnier. 1890.

En se mettant au lit, un jour, il s'aperçut qu'il portait une petite tumeur du creux poplité. Cette tumeur n'occasionne aucune fatigue ; cependant le malade se décide à entrer à l'hôpital dans le service de M. de Saint-Germain.

Etat actuel. — On constate sur la paroi interne du creux poplité gauche une tumeur allongée, bilobée, fluctuante, faisant une saillie très marquée, durcissant dans l'extension du membre, disparaissant à peu près et diminuant de tension dans la flexion.

La tumeur a environ cinq centimètres de hauteur. Par son côté externe, elle semble adhérente au demi-membraneux.

Il n'y a aucune gêne, ni de la circulation, ni des fonctions, ni de la sensibilité dans le membre inférieur.

Trois jours après l'entrée du malade, on a fait à la tumeur une petite incision qui donne issue à environ 30 grammes d'un liquide albumineux, citrin, entièrement semblable par sa consistance à du blanc d'œuf.

On bouche l'ouverture avec du collodion, puis on applique un appareil, de façon à maintenir le membre dans l'extension, avec une fenêtre postérieure.

Le malade est emmené par ses parents. Il revient trois semaines après, on lui ôte l'appareil. Le creux poplité est libre et n'offre pas la plus petite tumeur.

OBSERVATION VII (1)

Kystes multiples du creux poplité disséqués par M. Poirier.

Sur un sujet très âgé, gras, ayant d'ailleurs toutes ses bourses

(1) *In* thèse Garnier. 1890.

séreuses normalement assez développées, nous constatons une multitude de kystes d'origine articulaire et sortant de l'articulation par différents points, notamment au niveau de la partie supérieure du condyle interne; là, ces kystes forment un véritable chou-fleur, de deux centimètres de large sur trois de haut, dont les lobules sortent par différents points de la coque fibreuse et sont étranglés à leur base par les anneaux fibreux de la coque : les uns communiquent avec l'articulation et ont été pénétrés par l'injection ; d'autres sont isolés, à parois épaisses ou transparentes, contenant une gelée épaisse ; d'autres enfin ont la forme de bissac dont le sac inférieur communique encore avec l'articulation, car il a été pénétré par l'injection, tandis que le sac supérieur forme une poche isolée. Les uns ont le volume d'une noisette, les autres celui d'un petit pois.

Le cul de sac supérieur de la bourse commune communiquait avec l'articulation et a été pénétré par l'injection; un autre kyste long de un centimètre, large de cinq millimètres sort par la partie médiane de la coque condylienne externe ; il est d'apparence multiloculaire, mais tous ses lobules ont été pénétrés par l'injection.

Pour la première fois, depuis le début de nos recherches et bien que nous ayons disséqué déjà au moins une centaine de creux poplités, nous rencontrons un kyste très petit, sortant par l'un des trous du ligament postérieur. Verification faite, il se rattache par un pédicule à la coque fibreuse externe et a pris, pour sortir, le trou du ligament le plus rapproché de cette coque.

Nous trouvons encore d'autres formations kystiques : 1° au niveau du cul de sac poplité. On trouve là, deux grappes kystiques composées de très petits kystes isolés. L'une de ces grappes, qui siège dans le sulcus poplitens, n'est que le prolongement de la bulle poplitée. L'autre grappe qui suit le bord supé-

rieur du muscle poplité se rattache à l'articulation par un pédicule attenant au point où le tendon poplité entre dans l'articulation au niveau du ménisque externe. Ces deux grappes se composent de petits kystes extrêmement fins de la grosseur d'une tête d'épingle en genéral; ils paraissent communiquer pour la plupart entre eux mais non avec l'articulation.

2° Une grappe kystique semblable et attenante à l'articulation juste au-dessus de l'insertion du demi-membraneux.

3° Enfin, en arrière du ligament postérieur, les sphères synoviales qui recouvrent les condyles sont hérissées de kystes de la grosseur d'un petit pois et communiquent pour la plupart avec l'articulation.

OBSERVATION VIII

Pièce recueillie dans le pavillon de M. Broca (1).

Kystes d'origine articulaire.

En disséquant le mollet d'un sujet mâle d'environ 30 ans, nous trouvons, soulevant et écartant les fibres du soléaire dans son tiers supérieur une production kystique à grand axe longitudinal de cinq centimètres, à petit axe transversal de deux centimètres.

Ce kyste, à parois très minces, d'apparence multi-loculaire, de couleur rosée, paraît rempli d'un liquide gelée de groseille; de consistance faible. Nous écartons les fibres du soléaire et

(1) *In* thèse Garnier. 1890.

des muscles sous-jacents entre lesquels le kyste s'enfonce et nous arrivons jusqu'au ligament interosseux sur lequel la masse kystique contracte quelques adhérences faciles à détacher. Nous constatons alors que ce kyste finit inférieurement à douze centimètres de l'interligne articulaire du genou par un gros lobule arrondi du volume du pouce, tandis que supérieurement il s'effile brusquement pour s'engager sous le muscle poplité.

Nous disséquons le poplité et nous le séparons en deux par une section verticale qui permet de rejeter en dehors sa portion tendineuse, en dedans, son triangle musculaire. Alors nous voyons le kyste se prolonger, par un pédicule long et mince, au dessus du poplité jusqu'au prolongement en cul-de-sac que la grande synoviale articulaire du genou envoie sous le tendon de ce muscle.

L'hypothèse que nous étions en présence d'un kyste du mollet, prolongation d'un kyste poplité articulaire, se confirmait.

Afin de mieux voir les rapports du kyste avec la synoviale du genou, nous injectons celle-ci au suif par la rotule et nous voyons nettement un prolongement poplité, ayant la forme et l'apparence d'une grosse bulle à paroi très mince, venir se mettre en contact avec les lobules supérieurs du kyste.

Le prolongement synovial n'est séparé du lobule kystique avec lequel il entre en contact que par un feuillet synovial si mince comme on le sait, et la moindre pression suffirait pour faire passer l'injection dans le kyste qui se tend lorsqu'on appuie sur l'injection encore liquide du genou.

L'aspect de ce kyste est donc le suivant : une masse principale intra-soléaire, formée de gros lobules à parois minces et transparentes, les plus gros du volume d'une noisette, les plus petits du volume d'un petit pois, et un pédicule sous-poplité

long de cinq centimètres, large de six à dix millimètres d'apparence multiloculaire comme la masse principale, mais dont les lobules n'ont que le volume d'une lentille ou d'un très petit pois.

Il nous paraît logique, de conclure que le kyste herniaire demeuré petit tant qu'il est resté sous le poplité qui le bridait a pu grandir et dilater ses lobules quand il est arrivé sous le soléaire à fibres beaucoup plus lâches.

Nous avons parlé à différentes reprises de l'apparence multiloculaire du kyste ; ce n'est, croyons-nous, qu'une apparence ; car il nous est arrivé en disséquant le pédicule de piquer un des lobules supérieurs ; la gelée sort par cette piqûre et la sortie en est activée par la pression sur un point quelconque de la tumeur.

Pareille chose ne se produirait pas, croyons-nous, si les différents lobules ne communiquaient pas entre eux.

Rapports du kyste avec les parties voisines.

On connaît déjà ses rapports avec la synoviale articulaire du genou et les muscles de la région. Les rapports avec les vaisseaux et nerfs sont les suivants : le tronc vasculo-nerveux tibio-péronier passe au dessus du poplité en suivant une direction parallèle à celle du kyste. Vers le bord inférieur de ce muscle, les vaisseaux et nerfs sont rejetés en dehors par la masse kystique principale. Le nerf et l'artère descendent longitudinalement entre le kyste et la face postérieure du péroné. L'artère tibiale antérieure qui naît à ce niveau, est fortement appliquée sur le bord interne du péroné par le kyste avec lequel elle contracte de solides adhérences. Le kyste repose sur le ligament interosseux

et le repousse en avant, si bien que lorsque nous enlevons les muscles de la région antéro-latérale de la jambe, le ligament apparait convexe en avant et présentant de grandes éraillures entre lesquelles proéminent de petits lobules kystiques.

CHAPITRE IV

§ 1. — Etiologie.

D'après les recherches de M. Poirier qui, en décrivant les bourses séreuses du creux poplité, a bien mis en évidence la communication avec la synoviale articulaire, il serait difficile actuellement d'admettre pour l'affection qui nous occupe une autre origine articulaire ; car ils ne se rencontrent que dans les bourses qui peuvent communiquer normalement ou accidentellement avec l'articulation. (Observation VII et VIII).

C'est du reste l'avis de M. Duplay et de presque tous les chirurgiens. Le kyste poplité n'est donc pas une affection primitive ; il n'est que la seconde phase d'une maladie de l'articulation, il est tantôt dû à une hydarthrose (Observation I de M. Arrou. Observ. II, M. Duplay), à une ostéo-arthrite (Morrant-Baker), à une tumeur blanche (Tillaux. Observation de Critzman (1). Observation III).

(1) Critzman. — *Loco citato.*

Comme les autres affections du genou, les kystes poplités sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme, sans doute à cause des travaux plus pénibles auxquels l'homme est soumis.

On peut les rencontrer à toutes les périodes de la vie, mais surtout chez l'adulte et le vieillard ; cela tient à ce que c'est à ces époques de la vie que la communication entre la synoviale et les séreuses est la plus fréquente.

Longtemps on a méconnu l'existence des kystes poplités dans l'enfance. Aujourd'hui il n'est pas permis de le nier et la littérature médicale en rapporte un certain nombre de cas ; nous ne parlerons que des principaux. Morrant-Baker (1) en cite un cas chez une fillette de 9 ans ; le professeur Trélat (2) en a fait l'objet d'une clinique à l'hôpital de la Charité, coïncidant avec une hydarthrose du genou (Observation V). M. de Saint-Germain en a observé un cas à l'hôpital des Enfants-Malades, chez un garçon de 12 ans. (Observation VI).

Nous l'avons vu, les professions pénibles, les traumatismes, les fatigues, les efforts sont une des causes prédisposantes de l'affection qui nous occupe.

Enfin, à notre avis, l'influence de la diathèse arthritique joue un rôle considérable dans l'étiologie des kystes du creux poplité, et il est possible qu'un certain

(1) Morrant Baker. — *Loco citato*.

(2) Trélat. — *Loco citato*.

nombre de ces kystes ne soient dus qu'à l'état général arthritique de l'individu. M. Verneuil (1), dès 1853, avait émis cette opinion. Nous y reviendrons du reste, à propos du traitement.

§ 2. — Pathogénie.

Les kystes poplités reconnaissent plusieurs modes de formation. Les uns sont dus à « une hernie de la synoviale à travers une éraillure ligamenteuse » les autres « à une oblitération d'un follicule synoviale », enfin la plupart auraient pour siège les bourses séreuses.

Cette origine des kystes poplités donne lieu à un certain nombre de classifications basées sur des caractères tout à fait insuffisants et infidèles ; aussi, loin d'admettre la division des kystes poplités en articulaires et non articulaires, nous suivrons la division de M. Poirier, car, dit-il, les « kystes poplités, même ceux « qui siègent dans les bourses séreuses, sont en très « grande majorité sinon en totalité d'origine articu- « laire » (2).

(1) Verneuil. — *Mémoire de la Société de chirurgie*. 1853.

(2) Poirier. — *Pathogénie des kystes poplités* (Progrès médical, 1890).

A. — *Kystes de la bourse séreuse commune au jumeau interne et au demi-membraneux.*

C'est cette variété qui a été la mieux étudiée parce qu'elle est la plus fréquente. Les adversaires de la théorie articulaire déclaraient cette complication très rare et M. Duplay ne rencontrait le kyste poplité que cinq fois sur cent cas d'hydarthrose. Cela n'a pas lieu de nous surprendre puisque M. Poirier a montré que chez l'adulte, une fois sur dix seulement, cette bourse communiquait avec l'articulation. La pathogénie s'explique donc par la communication de la bourse avec l'articulation ; comme cette communication est extrêmement rare dans l'enfance, il s'en suit qu'on ne rencontre à cette époque de la vie qu'un nombre très restreint de kystes poplités.

Le mécanisme de la communication entre la bourse séreuse et la grande synoviale du genou se fait, d'après M. Poirier, par une usure de la coque condylienne qui sépare les deux séreuses, d'une côté la séreuse articulaire, de l'autre la séreuse tendineuse.

Dans certains cas d'épanchements du genou, cette coque condylienne s'est brisée et on a vu apparaître brusquement un kyste poplité.

(2) Duplay. — *Loco citato.*

B. — *Kystes du prolongement poplité de la synoviale du genou et de la bourse séreuse du muscle poplité.*

Ils reconnaissent généralement comme cause une ostéo-arthrite du genou, affection qui s'accompagne de lésions anatomo-pathologiques de la tête du péroné et d'un empâtement de la partie inférieure du creux poplité. Situés à la partie profonde du creux poplité, leur existence s'explique parce que, une fois sur dix-huit, la synoviale du genou communique avec la séreuse du muscle poplité.

C. — *Kystes des procès synoviaux internes et externes.*

On les rencontre au niveau de l'insertion des jumeaux, développés aux dépens des procès synoviaux qui ne sont que les prolongements de la synoviale articulaire. La bourse du muscle jumeau interne peut quelquefois envoyer des prolongements synoviaux, mais le plus souvent, elle ne serait elle-même qu'un prolongement de la synoviale.

Dans les mouvements d'extension et de flexion, imprimés à l'articulation du genou, ils s'échappent à travers les faisceaux des jumeaux. Ils contiennent une matière colloïde. Lorsqu'ils ne sont pas réductibles, ils forment alors un véritable kyste relié à l'articulation par un pédicule long et grêle.

D. — *Kystes des follicules synoviaux.*

Les kystes des follicules synoviaux sont dûs à l'oblitération d'un des follicules. La synovie retenue dans l'intérieur des follicules, les distend et constitue ainsi la tumeur : « la synovie (1) qui se trouve relati-
« vement en grande abondance distend chaque fois
« les follicules ou bien certains points faibles de la
« capsule, qui font alors hernie, et il arrive un moment
« où le follicule distendu l'oblitère, où il se forme un
« diverticule de la synoviale, le ganglion est alors
« constitué. »

Ces tumeurs peuvent apparaître et disparaître spontanément.

§ 3. — Anatomie pathologique.

A. — *Kystes de la bourse commune au jumeau interne et au demi-membraneux.*

Leur paroi est lisse, mince, quelquefois adhérente ; mais Schwartz en signale un cas où la coque présentait une consistance fibro-calcaire.

Leur structure est celle d'une séreuse plus ou moins

(1) Garnier. — *Loco citato.*

modifiée, quelquefois cloisonnée, rarement multiloculaire. Dans certains cas (cas de M. Poirier), le kyste présente l'apparence d'une grappe de raisin à grains très petits.

Le contenu est tantôt un liquide clair, tantôt une masse gélatineuse, tantôt myxomateux (cas de M. Critzman), disons qu'il varie d'après l'âge de la tumeur et l'affection articulaire qui lui a donné naissance.

Schwartz signale le cas d'un kyste poplité contenant un nombre considérable de corps étrangers articulaires.

B. — *Kystes du prolongement poplité de la synoviale du genou et de la bourse séreuse du muscle poplité.*

La paroi est lisse, mais elle peut subir les mêmes modifications que la paroi des kystes précédents. Généralement ils ont un pédicule long et grêle.

Leur contenu est essentiellement variable.

Ils sont formés en général de plusieurs lobules qui communiquent ensemble.

C. — *Kystes des procès synoviaux internes et externes.*

Leur paroi est bosselée, quelquefois en grappe, mince et transparente. Ils peuvent contenir de la matière sébacée.

D. — *Kystes des follicules synoviaux.*

Ce sont des masses cloisonnées plus ou moins complètement, à contenu variable, d'aspect framboisé, se faisant par poussées successives et reliées par un pédicule à la synoviale articulaire.

CHAPITRE V

§ 1. — Symptomatologie.

Dans un certain nombre de cas, la présence de la tumeur dans le creux poplité n'est reconnue que par hasard, le kyste n'ayant donné lieu à aucune gêne ni à aucune douleur.

Dans d'autres cas, depuis quelque temps déjà, il existe de la gêne dans les mouvements de l'articulation, une certaine tension dans le creux proplité pendant la marche, ou une sensation de pesanteur, phénomènes qui sont surtout accusés dans la flexion.

Enfin, on a vu le kyste poplité révéler sa présence par une douleur véritable très accusée et dont l'intensité peut être telle qu'on a pu songer à un névrome (Schwartz) (1) ; quelquefois aussi on a signalé de véritables crampes.

(1) Schwartz. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. « Poplite ».

La douleur, dans ce cas, siège tantôt dans la partie médiane, tantôt sur les parties latérales, suivant la position occupée par le kyste, mais elle s'irradie également dans toute la région poplitée et dans toute la jambe. Ces différents symptômes se confondent la plupart du temps avec l'affection de l'articulation, dont le kyste poplité n'est que la phase secondaire.

Le kyste se présente à l'examen sous forme d'une tumeur, dont la grosseur varie entre le volume d'une noisette et celui d'un gros œuf de poule. On en rencontre de beaucoup plus petits, quelques-uns à peine perceptibles, mais, qui sont agglomérés et forment une véritable grappe.

Au toucher, la tumeur est généralement indolente, molle, fluctuante, réductible, sans adhérence avec la peau qui ne présente à ce niveau ni rougeur, ni inflammation, ni œdème, ni vascularisation spéciale. Cependant la consistance et la tension de la tumeur peuvent augmenter pendant l'extension de la jambe ; de là, pour Kirmisson (1), « la nécessité pour rechercher si le kyste « est ou non réductible. de mettre le genou dans la « demi-flexion. »

Quoiqu'ils ne présentent aucune adhérence avec la peau, les kystes ne jouissent que d'une mobilité tout-à-fait relative, cela tient aux connexions de la tumeur avec les tendons.

Il n'y a ni souffle, ni battements, ni frémissement vi-

(1) Kirmisson. — *Traité de chirurgie*. Duplay et Reclus t. VIII « Kystes du creux poplité ».

bratoire. Morrant Backer (1) cite cependant le cas d'un kyste poplité où il découvrit des pulsations; or ces pulsations n'étaient que transmises par une collection purulente consécutive à une ostéo-arthrite du genou.

Tels sont les caractères des kystes du creux poplité en général, mais ils présentent des caractères spéciaux selon la région qu'ils occupent.

Les kystes des procès synoviaux ont une apparence polykystique.

Les kystes de la bourse commune au jumeau interne et au demi-membraneux, gros comme un œuf de pigeon, à grand axe vertical et ovoïde, sont mobiles dans le sens transversal et immobiles dans le sens longitudinal.

Les kystes de la pointe inférieure du creux poplité présentent le plus grand développement. Cette particularité est due sans doute à ce qu'ils peuvent se développer avec plus de liberté.

§ 2. — Diagnostic.

« Une tumeur de la région poplitée, le plus souvent « de petit volume, dit le professeur Tillaux (2), comme

(1) Morrant-Backer. — *Loco citato.*

(2) Tillaux. — *Traité de chirurgie clinique*, t. II.

« un œuf de pigeon, par exemple, rénittente, mais très
» tendue, immobile, indolente, ne présentant ni batte-
« ments, ni souffle, est presque certainement un kyste...
« Le diagnostic sera encore plus certain si la tumeur
« est latérale et si elle occupe la partie inférieure et in-
« terne du losange poplité, lieu d'élection de ces
« kystes. »

Tels sont les caractères propres aux kystes du creux plopité.

Il est cependant nécessaire d'insister, car en clinique il peut y avoir confusion.

Dans le cas d'adénite du creux poplité, le gonflement est douloureux, irréductible et le plus souvent multiple.

Dans le cas d'anévrisme, on rencontre une tumeur présentant des battements isochrones aux pulsations artérielles, de l'expansion de la tumeur, un frémissement et un souffle.

L'extension de la jambe sur la cuisse est à peu près impossible et la jambe doit rester dans une demi-flexion. Dans certains cas même, l'anévrisme s'accompagne de douleurs très vives qui s'irradient dans tout le membre inférieur et qui reconnaissent comme cause la compression du nerf sciatique.

Certains anévrismes, comprimant la veine poplitée, produisent un œdème considérable du pied et de la jambe.

Le phlegmon du creux poplité pourrait être confondu avec le kyste s'il ne s'accompagnait pas de douleurs

de fièvre et d'un mauvais état général, comme dans tous les cas d'infection.

Le lipome ne peut pas prêter à la confusion, car outre que le lipome présente une surface irrégulière, bosselée, il est en général formé de plusieurs lobes.

Enfin restent les tumeurs autres que l'on rencontre dans toutes les parties de l'organisme, telles que fibromes, myxomes, sarcomes; mais, outre que ces tumeurs présentent des caractères qui leur sont propres, il faut ajouter qu'elles sont rares dans le creux poplité.

§ 3. — Marche et pronostic

Les kystes du creux poplité ne présentent, en général, nous l'avons vu, aucune gravité. Il est des cas cependant, rares à la vérité, mais qui ont été signalés, dans lesquels le kyste est le siége d'une inflammation, toujours redoutable au voisinage d'une articulation aussi importante que celle du genou.

Toutefois, dans l'immense majorité des cas, les kystes évoluent d'une façon lente et, arrivés à un certain volume, ils s'arrêtent dans leur développement. — Quelques-uns même peuvent disparaître complètement. « Il faut savoir, dit M. le professeur Tillaux (1),

(1) Tillaux. — *Traité de chirurgie clinique.* 1894, t. II.

qu'un kyste du jarret peut disparaître spontanément et j'en ai vu des exemples ; il est très probable que c'est à la suite de la rupture de la poche et de l'épanchement de son contenu dans le tissu cellulaire. » Mais ce ne sont que là que des exceptions et, en général, la présence d'un kyste poplité cause au malade une sensation de gêne, quelquefois même des douleurs tellement vives qu'il demande lui-même une intervention chirurgicale.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Avant la découverte et la mise en pratique de l'antisepsie, le traitement du kyste poplité se réduisait à fort peu de chose.

Dans les cas où le kyste ne causait qu'un peu de gêne, on se contentait d'un traitement anodin : la révulsion, soit par la teinture d'iode, soit par le vésicatoire. Nélaton, après s'être contenté pendant longtemps d'une simple compression, en arriva cependant à conseiller l'incision et la ponction simple suivie d'injection de teinture d'iode.

De nos jours encore un certain nombre de chirurgiens se contentent de ces moyens, tout à fait insuffisants dans la plupart des cas, dangereux dans quelques-uns.

Il arrive en effet que le contenu du kyste est gélatineux et trop épais pour traverser le trocart ou la canule de la seringue. On a alors recours à l'incision et on touche la plaie avec une solution caustique ou antiseptique (teinture d'iode, solution phéniquée, solution de chlorure de zinc.)

Les résultats de l'incision ne sont pas toujours satisfaisants. Il arrive en effet que le kyste récidive promptement et prend un développement considérable.

Par suite de la communication du kyste avec l'articulation, il peut arriver que le liquide caustique pénètre dans l'articulation et détermine des phénomènes graves. « Les injections de teinture d'iode, dit Francz « Koenig (1), ont à leur passif un certain nombre de « terminaisons graves qui se sont produites dans les « cas où le kyste communiquait avec l'articulation. »

Il n'y a, à notre avis, qu'un seul traitement du kyste poplité, c'est l'ablation pure et simple, l'ablation complète. Après avoir incisé au dessus de la tumeur, ou énucléé la tumeur au doigt si elle est mobile ou peu adhérente aux parties voisines. Si, au contraire, la tumeur paraît fixée par des adhérences solides, on la disséquera avec le plus grand soin et on l'enlèvera complètement. Après avoir lié le pédicule au catgut, on suture sans drainage. La réunion se fait par première intention. Après quelques jours de repos, huit jours environ, on mobilise la jointure et le malade

(1) Francz Kœnig. — *Traité de pathologie chirurgicale.* 1890, t. III.

commence à marcher en maintenant une légère compression.

C'est, du reste, la ligne de conduite que conseille M. Kirmisson (1) dans les cas où les kystes communiquent avec la synoviale articulaire : « On procèdera « comme s'il s'agissait d'un néoplasme et on disséquera « complètement la tumeur. On pourra alors faire la « suture sans drainage. »

L'opération ainsi faite, c'est-à-dire l'ablation complète de la tumeur, présente certes quelques difficultés. Souvent lorsque la tumeur présente des adhérences, la dissection du kyste est quelquetois laborieuse, mais en ayant soin de s'entourer de toutes les précautions antiseptiques, elle ne présente pas de gravité.

Verneuil, (2) nous l'avonsdit, en étudiant l'étiologie, avait signalé dès 1853, l'état arthritique comme cause prédisposante de l'affection qui nous occupe.

La diathèse, telle que nous l'ont décrite Littré et Robin (3), « disposition générale en vertu de laquelle « un individu est atteint de différentes affections lo- « cales de même nature », nous paraît jouer un rôle considérable dans l'étiologie du kyste poplité. Du reste, les découvertes anatomiques de M. Poirier confirment cette hypothèse, puisqu'il admet que dans

(1) Kirmisson. — *Traité de chirurgie.* Duplay et Reclus, t. VIII.

(2) Verneuil. — *Mémoires de la Société de chirurgie.* 1853.

(3) Littré et Robin. — *Dictionnaire de médecine.*

la presque totalité des cas, le kyste poplité est précédé d'une affection de la synoviale articulaire. Il y aurait donc lieu de traiter par les moyens appropriés le rhumatisme subaigu qui donne lieu à la synovite articulaire. Les applications chaudes, les enveloppements de flanelle, un léger massage ; les boues de Dax et de Saint-Amand ; les eaux de Plombières, d'Aix, de Baden-Baden et de Wiesbaden constitueraient certainement une grande partie du traitement préventif.

Le salicylate de soude, le traitement héroïque du rhumatisme articulaire aigu, ne donne dans ces cas aucun résultat.

CONCLUSIONS

1° — Les kystes poplités, quel que soit leur siège, sont d'origine articulaire. Ils ne sont que la seconde phase ou la complication d'une affection articulaire primitive, et non la cause de cette affection.

2° — D'après les découvertes de M. Poirier on les divise en quatre variétés :

A. Kystes de la bourse séreuse commune au jumeau interne et au demi-membraneux ;

B. Kystes du prolongement poplité de la synoviale du genou et de la bourse séreuse du muscle poplité ;

C. Kystes des procès synoviaux internes et externes ;

D. Kystes des follicules synoviaux.

3° — Le kyste poplité est une affection rare chez l'enfant, parce que dans l'enfance les bourses séreuses communiquent rarement avec la synoviale articulaire.

4° — C'est une affection bénigne, présentant des caractères propres qui permettent de la distinguer facilement des autres tumeurs du creux poplité.

5° — Le seul traitement qui convienne à cette affection est l'ablation complète comme s'il s'agissait d'un néoplasme.

6° — En traitant le rhumatisme subaigu cause de la synovite du genou, par les moyens appropriés, on pourrait prévenir l'apparition du kyste poplité.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,

TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Baudouin. — Des kystes synoviaux tendineux de la région poplitée. Thèse de Paris, 1855.

Burguet. — Du diagnostic différentiel des tumeurs du creux poplité. Thèse de Paris, 1854.

Critzman. — Médecine moderne, 1890.

Debierre.— Anatomie de l'homme, t. I.

Follin et *Duplay*.— Traité élémentaire de pathologie externe, t. VII.

Foucher. — Mémoire sur les kystes de la région poplitée, in Archives générales de médecine, 1856, t. VIII.

Garnier. — Etude sur les kystes poplités. Thèse de Paris, 1890.

Kirmisson. — kyste du creux poplité. In Traité de chirurgie Duplay et Reclus, t. VIII.

Kœnig (Franciz). — Traité de pathologie chirurgicale, 1890, t. III.

Littré et *Robin*. — Dictionnaire de médecine, art. Diathèse.

Longy. — Essai sur le diagnostic des tumeurs du creux poplité. Thèse de Paris, 1852.

Malgaigne. — Observation de kystes séreux du jarret. Revue médico-chirurgicale. Paris, 1853, t. XIV.

Morrant-Backer. — Saint-Bartholomew's Hopital Report, 1877, t. XXIII.

Nélaton. — Leçon clinique sur les tumeurs de la région poplitée. Paris, 1851.

— Pathologie chirurgicale, 1859, t. V.

Ollivier. — Du diagnostic différentiel des tumeurs du creux poplité. Thèse de Paris, 1855.

Poirier. — Bourses séreuses du genou. In archives générales de médecine, 1886.

— Contribution à l'anatomie du genou. Progrès médical, 1886.

— Pathogénie des kystes poplités. Progrès médical, 1890.

Tillaux. — Traité de chirurgie clinique, t. II. — Traité d'anatomie topographique, 8e édition, 1895.

Trélat. — Conférence clinique : kyste sous-musculaire avec hydarthrose du genou. In journal de médecine et de chirurgie pratique, 1887, art. 10.475.

Sappey. — Traité d'anatomie, t. I.

Schwartz. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Article poplité, t. XXVIII.

Verneuil. — Mémoires de la Société de chirurgie, 1853.

Jouve et Boyer, imp., de la Faculté de Méd., 15, rue Racine, Paris.